

福岡市医療部会入会申込書

- * 本申込書は、福岡県糖尿病協会 福岡市医療部会の入会申込書です。
- * 本申込書は、医療部会事務局へご送付ください。併せて年会費をお振込みください。
- * 枠内のみご記入ください。

《入会登録申し込み欄》

| | | | |
|---|------------------|--|---------|
| 会員No. | | | |
| 所属支部 | 福岡県支部 | 所属分会（友の会） | 福岡市医療部会 |
| (ふりがな) | | | |
| お名前 | 印 | 生年月日 (西暦) | 年 月 日 |
| ご自宅 | (ふりがな) | | |
| | ご住所 | 〒 - | |
| | 電話番号 (市外局番より) | FAX番号 (市外局番より) | |
| お勤め先 | 勤務先名 | 所属部署 | |
| | (ふりがな) | | |
| | 所在地 | 〒 - | |
| | 電話番号 (市外局番より) | FAX番号 (市外局番より) | |
| | 職種 | | |
| さかえの送付先についてのお尋ね： ご自宅・お勤め先 (どちらかに○をつけて下さい) | | | |

* 上記に変更が生じた場合は、必ず下記の事務局へご連絡ください。

➔

〒810-0054

福岡市中央区今川1-25-12

福岡県糖尿病協会福岡市医療部会 事務局

TEL : 050-5306-1092

FAX : 092-791-3135

* 年会費 ： 4,200円

* 会費振込先： ゆうちょ銀行 口座番号： 01770-2-151046

加入者名： 福岡県糖尿病協会福岡市医療部会

(青枠の振込用紙にてお振り込みください。手数料は自己負担でお願いします)